Vejledning om genoplivning og fravalg af genoplivning

1. Indledning 1

2. Genoplivning skal som udgangspunkt altid forsøges 1

Undtagelse 1: Det er åbenbart, at døden er indtrådt eller det var lægeligt forventet, at patienten ville afgå ved døden 1

Undtagelse 2: En læge fravælger genoplivning efter fund af livløs patient 2

Lægens ansvar, når øvrige sundhedspersoner kontakter lægen ved fund af livløs patient 2

Øvrige sundhedspersoners ansvar ved fund af livløs patient 3

Undtagelse 3: Den behandlingsansvarlige læge beslutter forudgående fravalg af genoplivning 3

Tidspunkt for den behandlingsansvarlige læges beslutning 3

Den behandlingsansvarlige læges ansvar efter beslutningen om fravalg af genoplivning er taget 4

Øvrige sundhedspersoners ansvar, når der er sket lægeligt fravalg 5

Undtagelse 4: Patienten fravælger genoplivningsforsøg i den aktuelle sygdomssituation 5

Øvrige sundhedspersoners ansvar, når patienten tilkendegiver ønske om fravalg af genoplivning 5

Den behandlingsansvarlige læges ansvar, når patienten ønsker at fravælge genoplivning 5

Sundhedspersoners ansvar, når patienten har fravalgt genoplivning 6

Undtagelse 5: Patienten har et behandlings- eller livstestamente 6

Sundhedspersoners ansvar i forhold til behandlings- og livstestamenter 7

3. Skriftlig information mellem behandlingssteder om fravalg af genoplivning 7

4. Ledelsens ansvar for udarbejdelse og implementering af instrukser 7

5. Journalføring 8

6. Begreber 8

7. Ikrafttrædelse m.v. 11

HØRINGSUDKAST

1. Indledning

Denne vejledning har til formål at sikre, at patienter får en værdig afslutning på livet ved at understøtte, at der bliver taget stilling til fravalg af genoplivning, så snart det vurderes fagligt relevant, eller når patienten ønsker det. Vejledningen har også til formål at understøtte, at beslutningen om fravalg af genoplivning følges. Et godt samarbejde mellem patienten, den behandlingsansvarlige læge og øvrige sundhedspersoner er i den forbindelse centralt.

Vejledningen gælder for alle sundhedspersoner. *Den behandlingsansvarlige læge*[1] skal i denne vejledning forstås som patientens praktiserende læge eller en sygehuslæge. Når der tales om *øvrige sundhedspersoner*[2], dækker det autoriserede sundhedspersoner og ikke-autoriserede sundhedspersoner, som arbejder under en autoriseret sundhedspersons ansvar. Der er to store grupper af øvrige sundhedspersoner, som vejledningen er særligt relevant for: sygeplejefagligt personale, fx sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, og præhospitalt personale, fx ambulancepersonale.

Vejledningen er relevant i forhold til alle patientgrupper og gælder, uanset om behandlingen sker på sygehus, plejecenter, botilbud, privat institution, i privat hjem, hjemmepleje m.v.

Vejledningen præciserer den omhu og samvittighedsfuldhed, som sundhedspersoner skal udvise i situationer, hvor der skal træffes eller er truffet beslutning om fravalg af genoplivning ved hjertestop.

I vejledningen anvendes en række centrale begreber, som er nærmere beskrevet i pkt. 6.

2. Genoplivning skal som udgangspunkt altid forsøges

Som udgangspunkt skal en patient, der har fået hjertestop, forsøges genoplivet. Der er dog fem undtagelser til dette. Hvis en sundhedsperson er i tvivl om, hvorvidt en af undtagelserne gælder, skal sundhedspersonen iværksætte genoplivning.

Undtagelse 1: Det er åbenbart, at døden er indtrådt eller det var lægeligt forventet, at patienten ville afgå ved døden

Som udgangspunkt er det kun læger, der kan konstatere, at en patient er afgået ved døden. Andre end læger kan dog konstatere dødens indtræden, når der er tale om uopretteligt ophør af åndedræt og hjertevirksomhed (hjertedød), i følgende situationer:

a) Dødens indtræden er åbenbar. Det er tilfældet, når der hos patienten er omfattende forrådnelse eller åbenlyst dødelige skader eller kvæstelser, som ikke er forenelige med fortsat liv, fx forkulning eller

[1] Se pkt. 6, litra i, for uddybning af begrebet "behandlingsansvarlige læge"
[2] Se pkt. 6, litra j, for uddybning af begrebet "øvrige sundhedspersoner"

knusning af kraniet. I de tilfælde kan alle sundhedspersoner konstatere, at patienten er afgået ved døden.

b) Døden indtræder, mens der er andre til stede på bopælen eller behandlingsstedet, og det, på baggrund af patientens aktuelle helbredstilstand forud for dødens indtræden, var forventet, at patienten ville afgå ved døden. I de tilfælde kan en sygeplejerske, en social- og sundhedsassistent eller andet plejepersonale, der har været involveret i pleje og behandling af patienten, konstatere, at patienten er afgået ved døden.

c) Døden indtræder, mens patienten er alene i sit hjem, og vedkommende har været patient i hjemmesygeplejen som led i terminal pleje. I de tilfælde kan en sygeplejerske, en social- og sundhedsassistent eller andet plejepersonale, der har været involveret i pleje og behandling af patienten, konstatere, at patienten er afgået ved døden.

I b og c er der tale om situationer, hvor en læge har vurderet patientens tilstand inden dødens indtræden, men ikke har taget specifikt stilling til fravalg af genoplivning. Konstatering i disse situationer forudsætter, at der er tilstrækkelige oplysninger i journalen, herunder om den behandlingsansvarlige læges vurdering af patientens helbredstilstand, der kan indgå i grundlaget for at konstatere, at døden er indtrådt. Hvis der er tvivl om, hvorvidt der er tale om en situation omfattet af situation b eller c, skal der iværksættes genoplivning.

Den sundhedsperson, der har konstateret, at patienten er død, skal underrette den behandlingsansvarlige læge eller anden tilkaldt læge, fx vagtlæge, om dødens konstatering, dødstidspunktet og omstændighederne i øvrigt.

Undtagelse 2: En læge fravælger genoplivning efter fund af livløs patient

I de situationer, hvor det ikke er åbenbart, at døden er indtrådt, skal genoplivning iværksættes, medmindre en læge, fx en vagtlæge, i situationen vurderer, at det kan undlades. Det er fx ikke åbenbart, at patienten er afgået ved døden, hvis patienten bliver fundet livløs i kraftigt nedkølet tilstand (hypotermi) uden følelig puls, og hvor der ikke er tydelige dødstegn.

Lægens ansvar, når øvrige sundhedspersoner kontakter lægen ved fund af livløs patient

Lægen kan beslutte, at genoplivning kan undlades eller stoppes, hvis lægen ud fra eget kendskab til patienten eller de givne informationer vurderer, at det er udsigtsløst at forsøge eller fortsætte genoplivning. Lægens vurdering kan fx indhentes telefonisk, hvis lægen derved kan sikre sig at få de nødvendige oplysninger fra de øvrige sundhedspersoner om patientens helbred, findesituationen m.v. til brug for sin vurdering.

Øvrige sundhedspersoners ansvar ved fund af livløs patient
Hvis man som øvrig sundhedsperson er alene, når man finder en livløs patient, skal man med det samme tilkalde yderligere hjælp og straks derefter iværksætte genoplivning. Når der er flere sundhedspersoner til stede, skal det sikres, at én med det samme iværksætter genoplivning, og en anden kontakter en læge, fx ved at ringe til 112 eller patientens praktiserende læge. Genoplivningsforsøget skal fortsættes, indtil en læge beslutter andet.

Undtagelse 3: Den behandlingsansvarlige læge beslutter forudgående fravalg af genoplivning
Den behandlingsansvarlige læge kan beslutte, at der ikke skal forsøges genoplivning ved hjertestop, hvis patienten er alvorligt syg eller døende, og videre behandling vurderes udsigtsløst. Lægen skal inddrage patienten i sine overvejelser, men lægen skal tage beslutningen. Patienten kan ikke kræve en bestemt behandling.

I lægens vurdering skal patientens holdning til genoplivning og den lægefaglige vurdering af patientens helbredstilstand, udsigt til bedring og mulighed for behandling indgå. Hvis patienten ikke længere er i stand til at udtrykke sin holdning, men tidligere har udtrykt denne, skal det også indgå i lægens vurdering.

Genoplivningsforsøg kan vurderes at være udsigtsløst, når:
a) patienten er uafvendeligt døende[3]
b) patienten er svært invalideret/permanent vegetativ. Det betyder, at patienten er invalideret i en sådan grad, at patienten varigt er ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt og er afskåret fra enhver form for meningsfuld menneskelig kontakt
c) der er tale om en ikke-uafvendeligt døende patient, hvor forsøg på genoplivning måske kan føre til overlevelse, men hvor de fysiske konsekvenser af sygdommen eller behandlingen vurderes at være meget alvorlige og lidelsesfulde.

Tidspunkt for den behandlingsansvarlige læges beslutning
Beslutningen skal tages, så snart det ud fra en lægefaglig vurdering er relevant. Hvis patienten er alvorligt syg eller døende, skal den behandlingsansvarlige læge vurdere, hvad der skal ske i tilfælde af hjertestop.

Når den behandlingsansvarlige læge udsteder en terminalerklæring, udfylder en ansøgning om terminaltilskud eller ordinerer terminal pleje, skal lægen også tage stilling til, om der skal ske fravalg af genoplivning, og dokumentere det i journalen. Det er ikke i sig selv nok, at lægen har udfyldt en terminalerklæring, ansøgning om terminaltilskud eller ordineret terminal pleje for, at øvrige sundhedspersoner kan afstå fra genoplivningsforsøg.

[3] Se pkt. 6, litra e, for uddybning af begrebet "uafvendeligt døende patient"

HØRINGSUDKAST

Den behandlingsansvarlige læges ansvar efter beslutningen om fravalg af genoplivning er taget

Information af patienten, nærmeste pårørende, værge eller fremtidsfuldmægtig

Den behandlingsansvarlige læge skal informere patienten om sin beslutning, medmindre patienten har frabedt sig det. Patienten skal vejledes om muligheden for at frabede sig information. Lægen skal afklare, om patienten ønsker, at nærmeste pårørende[4], værge eller fremtidsfuldmægtig (herefter *nærmeste pårørende m.fl.*) bliver informeret. Er patienten under 18 år, skal forældremyndighedsindehaverne også informeres. Er patienten under 15 år, kan man undtagelsesvis undlade at informere patienten, hvis det kan skade patienten at modtage informationen. Hvis patienten er varigt inhabil[5], skal den behandlingsansvarlige læge også informere nærmeste pårørende m.fl. og inddrage patienten i det omfang, patienten forstår behandlingssituationen.

Information af øvrige sundhedspersoner

Når den behandlingsansvarlige læge har truffet beslutning om fravalg af genoplivning, skal lægen informere relevante øvrige sundhedspersoner om beslutningen.

Lægens beslutning er også gældende efter sektorskifte, selvom behandlingsansvaret overgår til andre, fx ved indlæggelse og udskrivelse. Beslutningen om fravalg skal videreformidles til præhospital enhed og sygehus ved indlæggelse, fx i henvisningen. Tilsvarende skal sygehuslægen formidle sin beslutning til præhospital enhed, den praktiserende læge og eventuelt modtagende behandlingssted, fx hjemmesygeplejen eller plejecenter, ved udskrivelse eller overflytning. Den praktiserende læge kan som udgangspunkt orienteres via epikrisen, mens øvrige sundhedspersoner, herunder ved præhospitale enheder og på plejecentre, orienteres særskilt.

Den behandlingsansvarlige læges ansvar for at foretage revurderinger

En behandlingsansvarlig læges beslutning om fravalg af genoplivning gælder, indtil lægen eller en eventuel efterfølgende behandlingsansvarlig læge beslutter andet. Den behandlingsansvarlige læge skal revurdere beslutningen om fravalg af genoplivning, hvis der sker væsentlig forbedring i patientens tilstand, og forbedringen har betydning for lægens beslutningsgrundlag.

Hvis den behandlingsansvarlige læge vurderer, at beslutningen skal ændres, skal lægen informere de relevante øvrige sundhedspersoner og behandlingssteder.

[4] Se pkt. 6, litra f, for uddybning af begrebet "nærmeste pårørende"
[5] Se pkt. 6, litra b, for uddybning af begrebet "varigt inhabil patient"

Øvrige sundhedspersoners ansvar, når der er sket lægeligt fravalg
Alle øvrige sundhedspersoner skal efterleve den behandlingsansvarlige læges beslutning om fravalg af genoplivning. Beslutningen gælder, indtil den behandlingsansvarlige læge beslutter andet. Hvis patientens tilstand forbedres væsentligt, skal den behandlingsansvarlige læge kontaktes for at tage stilling til, om der er behov for at ændre den tidligere beslutning.

Får patienten hjertestop, og er der tilkaldt præhospitalt personale, skal de tilstedeværende sundhedspersoner informere det præhospitale personale om den behandlingsansvarlige læges beslutning, så vidt muligt ved forevisning af lægens skriftlige meddelelse om fravalget.

Undtagelse 4: Patienten fravælger genoplivningsforsøg i den aktuelle sygdomssituation
Enhver habil patient[6], der er fyldt 18 år, kan i den aktuelle sygdomssituation[7] afvise genoplivningsforsøg. Det gælder også 15-17-årige patienter, hvis den behandlingsansvarlige læge vurderer, at patienten kan forstå konsekvenserne af sin beslutning. Patientens fravalg af genoplivningsforsøg gælder kun i forbindelse med den aktuelle sygdomssituation. Patienten kan til enhver tid trække sin beslutning tilbage.

Varigt inhabile patienter kan have fravalgt genoplivning, mens de var habile. Et sådant fravalg skal respekteres, hvis det er sket over for lægen i den aktuelle sygdomssituation, hvor hjertestop må anses som en forudsigelig situation i sygdomsforløbet.

Øvrige sundhedspersoners ansvar, når patienten tilkendegiver ønske om fravalg af genoplivning
Hvis patienten opholder sig i eget hjem, på plejecenter eller lignende, og patienten tilkendegiver et ønske om, at der ikke forsøges genoplivning ved hjertestop, skal de øvrige sundhedspersoner opfordre til og bistå patienten med hurtigst muligt at kontakte sin praktiserende læge. Tilkendegiver patienten ønsket under indlæggelse på et sygehus, skal det sygeplejefaglige personale give beskeden videre til den behandlingsansvarlige læge og informere patienten om det. Det er nødvendigt, da den behandlingsansvarlige læge i begge tilfælde skal vurdere, om patienten er habil, informere patienten om konsekvenserne af beslutningen og notere fravalget i journalen.

Den behandlingsansvarlige læges ansvar, når patienten ønsker at fravælge genoplivning
<u>Information og samtykke</u>
Den behandlingsansvarlige læge skal tage stilling til, om patienten er habil, og sikre, at patienten er tilstrækkeligt informeret til at træffe beslutningen. Lægen skal også afklare, at ønsket ikke skyldes forhold, der kan afhjælpes. For 15-17-årige patienter skal lægen derudover sikre sig, at patienten kan forstå konsekvenserne af sin beslutning, og at forældremyndighedsindehaverne får den samme information, som

[6] Se pkt. 6, litra a, for uddybning af begrebet "habil patient"
[7] Se pkt. 6, litra d, for uddybning af begrebet "aktuel sygdomssituation"

er givet til patienten. Vurderingen af habilitet kræver som udgangspunkt, at lægen tilser patienten, men kan undtagelsesvis, ud fra en lægelig vurdering, ske på anden måde, fx telefonisk eller ved videokontakt.

Information af andre sundhedspersoner om patientens fravalg

Den behandlingsansvarlige læge skal informere relevante øvrige sundhedspersoner om patientens beslutning, for at sikre at patienten ikke forsøges genoplivet i tilfælde af hjertestop.

Patientens beslutning er også gældende efter sektorskifte, selvom behandlingsansvaret overgår til andre, fx ved indlæggelse og udskrivelse. Beslutningen om fravalg skal videreformidles til præhospital enhed og sygehus ved indlæggelse, fx i henvisningen. Tilsvarende skal sygehuslægen formidle patientens beslutning til præhospital enhed, patientens praktiserende læge og eventuelt modtagende behandlingssted ved udskrivelse eller overflytning. Den praktiserende læge kan som udgangspunkt orienteres via epikrisen, mens øvrige sundhedspersoner, herunder i præhospitale enheder og på plejecenter, orienteres - særskilt.

Sundhedspersoners ansvar, når patienten har fravalgt genoplivning

Alle sundhedspersoner skal efterleve den habile patients beslutning om fravalg af genoplivning fra det tidspunkt, hvor de modtager information om patientens fravalg fra den behandlingsansvarlige læge. Fravalget gælder i den aktuelle sygdomssituation, og så længe patienten ikke har trukket sin beslutning tilbage. Beslutningen gælder fortsat, selvom patienten bliver bevidstløs eller varigt inhabil, hvis det sker i den aktuelle sygdomssituation.

Hvis patientens tilstand forbedres væsentligt, skal de øvrige sundhedspersoner afklare, om patienten ønsker at trække sin beslutning tilbage. De skal informere den behandlingsansvarlige læge, hvis patienten trækker sin beslutning tilbage, og det skal noteres i journalen.

Ved overdragelse af patienten til andre behandlingssteder skal de øvrige sundhedspersoner informere det modtagende behandlingssted om patientens beslutning.

Undtagelse 5: Patienten har et behandlings- eller livstestamente

I et behandlings- eller livstestamente[8] kan en patient på forhånd have tilkendegivet, at vedkommende ikke ønsker livsforlængende behandling, fx genoplivning, i visse nærmere fastsatte situationer[9]. Testamentet træder først i kraft, hvis patienten bliver vurderet varigt inhabil af en læge. Patienten kan gøre sin beslutning i behandlingstestamentet betinget af tilslutning fra andre. Det betyder, at patienten

[8] Det har været muligt at oprette et behandlingstestamente fra 1. januar 2019. Livstestamenter kunne oprettes indtil 1. januar 2019. Livstestamenter oprettet inden 1. januar 2019 er fortsat gældende, medmindre patienten har tilbagekaldt det. Se pkt. 6, litra g, for uddybning af begrebet "behandlings- og livstestamenter"

[9] Se sundhedslovens § 26, bekendtgørelse nr. 1345 af 16. november 2018 om behandlingstestamenter og vejledning nr. xx om fravalg af livsforlængende behandling.

har valgt, at beslutningen kun skal gælde, hvis nærmeste pårørende m.fl. accepterer det. Patienten kan dog ikke gøre beslutningen betinget af tilslutning fra andre, hvis patienten har fravalgt livsforlængende behandling i en situation, hvor patienten er uafvendeligt døende. Oplysningerne kan tilgås via FMK-Online[10].

Patienten kan dog i forbindelse med en aktuel sygdomssituation tilkendegive over for en sundhedsperson, at vedkommende ønsker at ændre i sit behandlingstestamente eller trække det helt tilbage. Patientens ændring eller tilbagekaldelse træder i kraft, så snart tilkendegivelsen er fremsat, og har alene virkning i forbindelse med det aktuelle behandlingsforløb[11].

Sundhedspersoners ansvar i forhold til behandlings- og livstestamenter
Alle sundhedspersoner har, når det er relevant, pligt til at undersøge, om en varigt inhabil patient har oprettet et behandlings- eller livstestamente. Det gøres ved at fremsøge patienten i FMK-online og se under fanen "Livs-/Behandlingstestamente".

Det er den behandlingsansvarlige læge, der skal vurdere, om patienten er varigt inhabil og befinder sig i en af de situationer, som testamentet vedrører. Hvis det er tilfældet, skal der ikke forsøges genoplivning ved hjertestop. Når den behandlingsansvarlige læge har vurderet, at patientens testamente er trådt i kraft, orienterer lægen øvrige relevante sundhedspersoner og behandlingssteder om sin vurdering.

Hvis patientens valg er gjort betinget af tilslutning fra andre, skal disse kontaktes af lægen med henblik på afklaring.

3. Skriftlig information mellem behandlingssteder om fravalg af genoplivning
Alle beslutninger om fravalg af genoplivning, herunder revurdering, skal overleveres skriftligt mellem de forskellige behandlingssteder. I akutte situationer kan beslutningen meddeles mundtligt, men dette skal hurtigst muligt følges op skriftligt.

4. Ledelsens ansvar for udarbejdelse og implementering af instrukser
Ledelsen på det enkelte behandlingssted skal sørge for, at der er skriftlige instrukser om fravalg af genoplivning, herunder hvordan de øvrige sundhedspersoner i tilstrækkeligt omfang anmoder om en lægelig vurdering af patienterne med hensyn til fravalg af genoplivning.

Instrukserne skal blandt andet indeholde retningslinjer om:
a) ansvars- og kompetenceforhold

[10] Se nærmere på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside.
[11] Jf. bekendtgørelse nr. 854 af 22. juni 2018 om livstestamenter, § 4, og bekendtgørelse nr. 1345 af 16. november 2018 om behandlingstestamenter, § 5.

HIV-SUDKAST

b) hvem der i konkrete sammenhænge anses for den behandlingsansvarlige læge
c) hvilket ansvar, der påhviler involverede øvrige sundhedspersoner, der har kendskab til patienten, og dertil hørende nødvendige procedurer til overholdelse af disses pligt til at kontakte den behandlingsansvarlige læge i relevant omfang
d) inddragelse af patienten og de nærmeste pårørende m.fl. forud for kontakt med den behandlingsansvarlige læge
e) journalføring, fx retningslinjer for placering af oplysninger vedrørende den behandlingsansvarlige læges beslutning af fravalg af genoplivning i patientens journal.

Ledelsen har ansvar for at sikre, at fast personale, autoriseret og ikke-autoriseret sundhedsfagligt personale, herunder afløsningspersonale, som eventuelt ikke er uddannet, kender og følger instrukserne.

5. Journalføring

Det skal i relevant omfang journalføres, hvilke sundhedsfaglige vurderinger, der er foretaget, og hvilken information, der er givet til patienten, pårørende m.fl. Det skal også journalføres, hvilke oplysninger, der er videregivet til andre sundhedspersoner[12].

Selve beslutningen om fravalg skal derudover fremgå tydeligt og være placeret et lettilgængeligt sted i journalen. Ved lægeligt fravalg kan fx angives: »Ingen lægelig indikation for genoplivning ved hjertestop« og ved patientfravalg: »Patienten er habil og ønsker ikke genoplivning ved hjertestop«. Forkortelser/koder om beslutningen kan alene anvendes som supplement til det egentlige journalnotat om beslutningen.

Når øvrige sundhedspersoner konstaterer, at patienten er afgået ved døden skal journalen som minimum indeholde dødstidspunktet og omstændighederne for konstatering af dødens indtræden samt orientering af den relevante læge, når døden konstateres som anført under undtagelse 1.

6. Begreber

a) **Habil patient**: En patient anses for habil, når denne har evnen til at forstå information og kan overskue konsekvenserne af sin beslutning på baggrund af informationen. Den habile patient kan udøve sin selvbestemmelsesret og kan derved give samtykke til behandling m.v. Det er den behandlingsansvarlige læge, der vurderer, om en patient kan anses for habil i relation til fravalg af genoplivning.

b) **Varigt inhabil patient**: En patient anses for varigt inhabil, når denne varigt mangler evnen til at give informeret samtykke. Det afgørende er, om patienten kan forholde sig fornuftsmæssigt til behandlingsforslag m.v.

[12] Se nærmere i lovbekendtgørelse nr. 1141 af 13. september 2018 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, bekendtgørelse nr. 530 af 24. maj 2018 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.) og vejledning nr. 3019 af 15. januar 2013 om sygeplejefaglige optegnelser

HØRINGSUDKAST

c) **Informeret samtykke**: Ingen behandling må som udgangspunkt indledes uden patientens informerede samtykke. Ved informeret samtykke forstås et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information. Patienten har ret til at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger.

d) **Aktuel sygdomssituation:** Begrebet i denne vejledning sætter rammen for habile patienters mulighed for at fravælge forsøg på genoplivning. En habil patient kan som led i sin selvbestemmelsesret fravælge forsøg på genoplivning i en aktuel sygdomssituation, som i nogle tilfælde er meget kortvarig, men i andre tilfælde kan vare mange år. Det indebærer, at patienten alene kan fravælge genoplivningsforsøg i relation til en aktuel eller nært forestående behandling. Tilkendegivelsen om fravalg gælder dermed fx kun den aktuelle indlæggelse og/eller det aktuelle og samme behandlingsforløb. Almen alderdomssvækkelse alene giver derfor ikke mulighed for at fravælge forsøg på genoplivning.

Inden for den aktuelle sygdomssituation kan det i nogle tilfælde være så klart forventet, at sygdommen vil tage en bestemt udvikling, at der er tale om en "forudsigelig situation" i modsætning til en uvis eller hypotetisk situation. Hvis der er forudsigeligt, at patienten vil få hjertestop som led i den aktuelle sygdomssituation, kan patienten i situationen og mens patienten fortsat er habil fravælge genoplivningsforsøg ved hjertestop med henblik på at det skal gælde, hvis patienten bliver bevidstløs eller varigt inhabil inden for den aktuelle sygdomssituation.

e) **Uafvendeligt døende patient**: En patient anses for uafvendeligt døende, når døden med stor sandsynlighed forventes at indtræde inden for dage til uger trods anvendelse af den behandling, der er mulig ud fra den tilgængelige viden om grundsygdommen og dens eventuelle følgetilstande.

f) **Nærmeste pårørende**: Ægtefælle/samlever og slægtninge i lige linje. Fjernere slægtninge, søskende eller plejebørn kan efter omstændighederne også anses som nærmeste pårørende, navnlig i de tilfælde, hvor der ikke er en ægtefælle, samlever eller børn. Familieforholdet er ikke altid det afgørende. Også en person, som patienten er nært knyttet til, vil i det konkrete forhold kunne anses for nærmeste pårørende. Patientens opfattelse af, hvem der er nærmeste pårørende, er af afgørende betydning. Hvem der er nærmeste pårørende må afgøres i den konkrete situation.

g) **Behandlings- og livstestamenter**: Formaliserede forhåndstilkendegivelser, hvori en patient, der er fyldt 18 år og ikke er under værgemål, har tilkendegivet, at denne ikke ønsker at modtage livsforlængende behandling, herunder genoplivning. Testamenterne træder først i kraft, når en læge har vurderet, at patienten er varigt inhabil og befinder sig i en af de nærmere fastsatte situationer i testamentet. Livstestamenter kunne oprettes indtil den 1. januar 2019, hvorefter behandlingstestamenter har kunnet oprettes.

HØRINGSUDKAST

Tilkendegivelser i livstestamenter kan gå ud på, a) at der ikke ønskes livsforlængende behandling i en situation, hvor patienten er uafvendeligt døende (bindende tilkendegivelse), og/eller b) at der ikke ønskes livsforlængende behandling i tilfælde af, at sygdom, fremskreden alderdomssvækkelse, ulykke, hjertestop eller lignende har medført så svær invaliditet, at patienten varigt vil være ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt (vejledende tilkendegivelse). Sidstnævnte tilkendegivelse er, i modsætning til den første, alene vejledende for den behandlingsansvarlige læge.

Tilkendegivelser i behandlingstestamenter kan gå ud på, at der ikke ønskes livsforlængende behandling i en situation, hvor a) patienten er uafvendeligt døende, b) sygdom, fremskreden alderdomssvækkelse, ulykke, hjertestop eller lignende har medført så svær invaliditet, at patienten varigt vil være ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt, eller c) behandlingen kan føre til overlevelse, men de fysiske konsekvenser af sygdommen eller af behandlingen vurderes at være meget alvorlige og lidelsesfulde.

I behandlingstestamentet kan patienten også bestemme, at vedkommende ikke ønsker at modtage behandling ved brug af tvang efter reglerne i lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile.

Alle tilkendegivelser i et behandlingstestamente er bindende for alle sundhedspersoner, når en læge har vurderet, at testamentet er trådt i kraft. Hvis tilkendegivelsen er gjort betinget af accept fra de nærmeste pårørende m.fl., er den først bindende, hvis de nærmeste pårørende m.fl. accepterer den.

h) **Anden forhåndstilkendegivelse**: Det er ifølge gældende ret ikke muligt at give en bindende forhåndstilkendegivelse om en fremtidig uvis eller hypotetisk situation, medmindre der er tale om en forhåndstilkendegivelse i form af et behandlings- eller livstestamente.

i) **Behandlingsansvarlig læge:** Med behandlingsansvarlig læge forstås i denne vejledning patientens praktiserende læge eller en sygehuslæge, hvis vedkommende aktuelt har patienten i behandling. Dette gælder dog ikke ved en akut lægelig vurdering, hvor fx en vagtlæge ud fra de konkrete omstændigheder er nærmere til at foretage vurderingen af, om der skal ske genoplivning.

j) **Øvrige sundhedspersoner:** Når der i vejledningen angives "øvrige sundhedspersoner", dækker det både ansatte og frivilligt personale, hvis disse er autoriserede sundhedspersoner. Det omfatter også ikke-autoriseret personale, som arbejder under en autoriseret sundhedspersons ansvar[13], fx pædagoger, der administrerer medicin på bosteder.

[13] Ved "sundhedspersoner" forstås personer, der er autoriserede i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar, jf. sundhedslovens § 6, stk.1.

HØRINGSUDKAST

7. Ikrafttrædelse m.v.

Denne vejledning har virkning fra den denne vejledning har virkning fra X 2019, hvor vejledning nr. 9374 af 29. maj 2018 om forudgående fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling (til landets sygehuse m.v.) og vejledning nr. 9375 af 29. maj 2018 om fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling, uden for sygehuse (til landets praktiserende læger, præhospitalt personale, hjemmesygeplejen, plejecentre m.v.), samtidig bortfalder.

Fravalg og afbrydelse af anden livsforlængende behandling er beskrevet i vejledning nr. xx om fravalg og afbrydelse af livsforlængende behandling.

Styrelsen for Patientsikkerhed, den

HØRINGSUDKAST